



**AUTORIZACIÓN  
PARA USAR Y REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA  
CON FINES DISTINTOS DEL TRATAMIENTO, EL PAGO Y LAS OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ N.º del Seguro Social: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

Autorizo a  Warner Hospital & Health Services  Otro \_\_\_\_\_ a revelar la información médica protegida incluida en mis expedientes médicos como se indica abajo:

1. El nombre y la dirección de las personas, la clase de persona o las organizaciones a quienes se debe revelar mi información médica protegida y quienes pueden hacer uso de ella:

\_\_\_\_\_

2. Fechas aproximadas del tratamiento: \_\_\_\_\_

Descripción específica de la información médica que se revelará:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Expediente médico completo                   | <input type="checkbox"/> Antecedentes médicos y exámenes físicos          | <input type="checkbox"/> Consumo de alcohol y drogas   |
| <input type="checkbox"/> Informe quirúrgico/Informe del procedimiento | <input type="checkbox"/> Resumen del alta                                 | <input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas de VIH e información relacionada                                  |
| <input type="checkbox"/> Sala de emergencia                           | <input type="checkbox"/> Notas de progreso del MD                         | <input type="checkbox"/> Psiquiátrica (se revelarán los expedientes psiquiátricos solo si esta casilla está marcada) |
| <input type="checkbox"/> Planilla                                     | <input type="checkbox"/> Laboratorio, radiografías, informes de patología |  |
| <input type="checkbox"/> Radiografías/CD                              | <input type="checkbox"/> Otro _____                                       |  |

3. Propósito para revelar o usar la información médica protegida:

\_\_\_\_\_

*(Por solicitud de la persona; más atención; derivación de la atención; reclamo al seguro; consulta al abogado, etc.)*

4. A menos que yo la revoque antes, esta autorización estará vigente durante noventa (90) días después de la fecha de mi firma abajo.

Entiendo que tengo derecho a tener una copia de esta autorización después de firmar abajo.

5. Entiendo y reconozco que la información médica protegida revelada o utilizada en virtud de esta autorización puede estar sujeta a una nueva revelación por parte del destinatario, y es posible que ya no esté protegida por la ley.

6. Entiendo y reconozco que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento enviando la revocación por escrito al Warner Hospital & Health Services o al Departamento de Administración de Información Médica (Health Information Management Department), Clinton, Illinois. Además, entiendo y reconozco que mi revocación puede no ser efectiva en la medida en que 1) Warner Hospital & Health Services ya haya tomado medidas sobre la base de la autorización o 2) si la autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro, y una ley da al asegurador el derecho de impugnar un reclamo según la póliza o la propia póliza.

7. Entiendo y reconozco que Warner Hospital & Health Services no puede condicionar mi tratamiento a que yo firme esta autorización, excepto cuando el tratamiento se hace para un tercero (como un empleador o compañía de seguros), y la información médica protegida se debe revelar directamente a ese tercero. En ese caso, el hecho de que yo no firme esta autorización puede dar lugar a la denegación u otra restricción de ese tratamiento.

**ACEPTO ESTOS TÉRMINOS, Y AUTORIZO EL USO Y LA REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN INDICADA ARRIBA:**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del representante legal autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha y hora

\_\_\_\_\_  
Si no es paciente, indique la relación del representante legal autorizado con el paciente

Identificación verificada por:

- N.º de licencia de conducir \_\_\_\_\_  Conocido  Otro

\_\_\_\_\_  
Revelado por

\_\_\_\_\_  
Fecha y hora de la revelación